



# Camp Ronald McDonald for Good Times®

1250 Lyman Place, Los Angeles, CA 90029

[www.rmhcsc.org/camp](http://www.rmhcsc.org/camp)

Teléfono (310) 268-8488

Fax (310) 473-3338

Esta aplicación está disponible a cualquier familia con un hijo(a) que tenga o que haya sido tratado contra el cáncer sin importar la raza, color, sexo, religión o nacionalidad. Por limitaciones de espacio, y para ofrecer el campamento a otras familias, solamente permitimos hermanos o hermanas del paciente y a dos adultos por familia. Se le aceptará al campamento después de una cuidadosa revisión de formas y documentos en los cuales usted acepta las condiciones médicas y de conducta durante cada sesión.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Edad del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Niño  Niña Primera vez:  Si  No Atendiendo el campamento

## CAMPAMENTO FAMILIAR DEL 2020 - Escoja una sesión y una ubicación

(Familia que irá de campamento está limitada a una sesión por año)

Sesiones	Fechas	Edad de Paciente	Transporte:		A Campo
			Autobús de Los Ángeles	Autobús de Loma Linda	
Family Camp 1	<input type="checkbox"/> 24 -26 de Abril	Bebé - 8 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family Camp 2	<input type="checkbox"/> 1-3 de Mayo	Bebé - 8 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campamento Familiar 1	<input type="checkbox"/> 8-10 de Mayo (en español)	Bebé - 8 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family camp 3	<input type="checkbox"/> 11-13 de Septiembre	Bebé - 8 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campamento Familiar 2	<input type="checkbox"/> 2-4 de Octubre (en español)	Bebé - 8 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Campamento Familiar es para pacientes de edad 0-8 años O para familias que sería su primera vez

## FAMILIA Y HOSPEDAJE

Las familias de Camp Ronald McDonald for Good Times se quedarán en cabañas cómodas pero modestas. Cada cabaña tiene calefacción, enchufes eléctricos y camas literas con colchones. Todas las cabañas cuentan con baños, lavabos y regaderas dentro o cerca de la cabaña. **Cada familia compartirá una cabaña** con por lo menos alguna otra familia. Vivirán juntas las familias dependiendo de la experiencia que tengan con el campamento y la edad semejante de los niños. El motivo detrás de esto es para proporcionar la mejor experiencia posible y para proporcionar oportunidades a familias de que se conozcan

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de celular Madre ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono de celular Padre ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_ Lenguaje principal de la casa:  Inglés  Español

Hospital \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) Empleador \_\_\_\_\_

El niño(a) vive con \_\_\_\_\_ Si el niño no vive con los dos padres, ¿quién tiene la custodia legal? \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE FAMILIA: Esta información no afectaría su habilidad de atender el Campamento Ronald McDonald for Good Times

Número de gente que viven en su casa: \_\_\_\_\_

Etnia/Raza:  Afro-Americano  Asiatico  Anglosaxon  Latino  Indio Americano  Otro

Promedio del ingreso de la familia:  \$0-\$24,000  \$24,001-\$30,000  \$30,001-\$35,000  \$35,001 - \$40,000  \$40,001-\$70,000  \$70,001-\$90,000  \$90,001 y más

Aproximadamente costos anuales de cobros médicos: \_\_\_\_\_

Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_

## Persona que debe contactarse en caso de EMERGENICA, alguien que no está asistiendo al campamento:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al Niño \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las restricciones dietéticas y/o el alimento especial, si necesario: \_\_\_\_\_

Liste las medicinas tomadas regularmente: \_\_\_\_\_

Indique alguna herida reciente, hospitalizaciones (últimos 2 años), las restricciones o las limitaciones que pueden afectar la participación en actividades de campo: \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las restricciones dietéticas y/o el alimento especial, si necesario: \_\_\_\_\_

Liste las medicinas tomadas regularmente: \_\_\_\_\_

Indique alguna herida reciente, hospitalizaciones (últimos 2 años), las restricciones o las limitaciones que pueden afectar la participación en actividades de campo: \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las restricciones dietéticas y/o el alimento especial, si necesario: \_\_\_\_\_

Liste las medicinas tomadas regularmente: \_\_\_\_\_

Indique alguna herida reciente, hospitalizaciones (últimos 2 años), las restricciones o las limitaciones que pueden afectar la participación en actividades de campo: \_\_\_\_\_

4. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las restricciones dietéticas y/o el alimento especial, si necesario: \_\_\_\_\_

Liste las medicinas tomadas regularmente: \_\_\_\_\_

Indique alguna herida reciente, hospitalizaciones (últimos 2 años), las restricciones o las limitaciones que pueden afectar la participación en actividades de campo: \_\_\_\_\_

5. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las restricciones dietéticas y/o el alimento especial, si necesario: \_\_\_\_\_

Liste las medicinas tomadas regularmente: \_\_\_\_\_

Indique alguna herida reciente, hospitalizaciones (últimos 2 años), las restricciones o las limitaciones que pueden afectar la participación en actividades de campo: \_\_\_\_\_

6. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las restricciones dietéticas y/o el alimento especial, si necesario: \_\_\_\_\_

Liste las medicinas tomadas regularmente: \_\_\_\_\_

Indique alguna herida reciente, hospitalizaciones (últimos 2 años), las restricciones o las limitaciones que pueden afectar la participación en actividades de campo: \_\_\_\_\_

### Información de La Salud del la Familia (deberá ser completado por Padre o Guardián)

Indique si cualquier miembro(s) de la familia que asistirá tiene cualquiera de las alergias o condiciones siguientes:

Picaduras de insectos (Si sí, quién): \_\_\_\_\_  Asma (Si sí, quién) \_\_\_\_\_

Alergias (Si sí, quién) \_\_\_\_\_  Epilepsia (Si sí, quién) \_\_\_\_\_

Alergias severas de alimento (Si sí, quién y qué) \_\_\_\_\_  Condición cardíaca (Si sí, quién) \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

Operaciones recientes y/o heridas serias: \_\_\_\_\_

¿Usted o su niño utiliza algún equipo especial como silla de ruedas, prótesis, muletas, andador o silla de baño?  Sí o  No

Describe \_\_\_\_\_

Médico de familia \_\_\_\_\_ Número de Tel: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### Información de La Salud del Paciente (para ser completado por Padre o Guardián)

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) un Catéter portátil (portacath)? Sí  No

¿Tiene su hijo(a) un Catéter Intravenoso Central? (Por ejemplo: Hickman, Broviac catéter, o PICC)? Sí  No

¿Necesita su hijo(a) ayuda con el manejo de la heparina o con el cambio de vendajes? Sí  No

¿Hay alguna otra necesidad especial acerca de su hijo(a) de la cual las enfermeras y el doctor tengan que saber? (Ejemplo: Shunt, tubo G para alimentarse, TPN, Dieta)

➔ **NOTA ADICIONAL: Los Padres/Guardianes son responsables de la administración de sus medicinas de la familia.**

**Nuestro personal médico está disponible para ayudarle. POR FAVOR ESTE SEGURO de TRAER TODAS las MEDICINAS, los SUMINISTROS, & el EQUIPO CON USTED A CAMPAR.**

## Condiciones Para Registrarse a Campamento Familiar

Nombre del Paciente Campista: \_\_\_\_\_  
(Escribir Claramente)

El bienestar de cada campista es de suma importancia para el personal de Camp Ronald McDonald for Good Times. El siguiente consentimiento es un requisito para el cubrimiento de su seguro médico y un recordatorio importante para usted como padre/madre o participante se asegure que tanto usted como su hijo/a estén propiamente preparados.

1. Comprendo que los programas ofrecidos por medio de Camp Ronald McDonald for Good Times puede implicar cualquier clase de riesgo: Caminatas, acampar, educación del ambiente, natación, actividades de iniciativa, altos/bajos eventos con lazo, escalar piedras grandes, montar caballos, caminata con mochilas y transportación. Estas actividades potencialmente peligrosas podrían ocasionar daño personal, daño a propiedad, muerte o enfermedad.  
Comprendo que Camp Ronald McDonald for Good Times no requiere que yo, o mi niño/a participe en la experiencia del campamento. En reconocimiento del peligro potencial de participación, yo, o mi niño/a, mis herederos y asignados, por las presente liberan a Camp Ronald McDonald for Good Times y Ronald McDonald House Charities de Sur de California y sus directores, administradores, empleados y personal de todo reclamo y responsabilidad, incluyendo todo reclamo y responsabilidad de negligencia debido la participación de actividades. Adicionalmente, estoy de acuerdo en ser inofensivo e indemnizar a Camp Ronald McDonald for Good Times y Ronald McDonald House Charities de Sur de California y sus agentes por todos los costos de defensa, incluyendo gastos de abogados, y cualquier otro gasto resultando en conexión con mi participación en esta actividad.  
Es el intento del infrascrito de eximir y aliviar Camp Ronald McDonald for Good Times y Ronald McDonald House Charities de Sur de California y sus directores, administradores, empleados y personal de cualquier responsabilidad por daño personal, daños de propiedad o muerte equivocada causada por negligencia.
2. Camp Ronald McDonald for Good Times y Ronald McDonald House Charities de Sur de California no aceptan responsabilidad por la pérdida, daño o robo de las pertenencias de su hijo/a.
3. Los padres o guardián que salgan de su domicilio durante la estancia del niño/a en el campamento, deberán informar a los administradores del campamento donde pueden ser localizados en caso de emergencia.
4. El programa de seguro de accidentes de Ronald McDonald House Charities de Sur de California & Camp Ronald McDonald for Good Times constituye una cobertura secundaria para los campistas. Cualquier reclamo que surgiera deberá ser primeramente presentado a la compañía de seguro de la familia.

➔ **Los reclamos médicos se envían a:**  Ningún Seguro  
 MediCal # \_\_\_\_\_  CCS# \_\_\_\_\_  
 Seguro Privado (Nombre de la compañía de Seguro y Número de la póliza y/o certificado) \_\_\_\_\_  
Dirección de Seguro \_\_\_\_\_ y Teléfono \_\_\_\_\_

5. En caso de emergencia médica y/o quirúrgica, por este medio usted autoriza al personal médico del Camp Ronald McDonald for Good Times para que éste efectúe o proporcione Rayos-X, anestesia, asistencia médica, dental o quirúrgica, tratamiento y/o asistencia hospitalaria, que se consideren necesarias por y bajo la supervisión de cualquier doctor, dentista o cirujano certificado conforme a las disposiciones del Decreto del Ejercicio de la Medicina en el Estado de California / o el Decreto del Ejercicio de Odontología en el Estado de California. Dichas autorizaciones se expiden conforme a las disposiciones enumeradas en la Sección 25.8 del Código Civil de California.
6. Camp Ronald McDonald for Good Times y Ronald McDonald House Charities de Sur de California tienen el permiso absoluto de utilizar la imagen de su niño/a impresa o en cinta magnetofónica o película, con cualquier propósito que sea legal.
7. Toda la información aquí presentada es correcta, según mi leal entender y saber, y el niño/a mencionado/a por este medio tiene el permiso de participar en las actividades antes dichas, con la excepción que indique, y que especificó el doctor que examinó al niño/a.

He leído este lanzamiento entero de demandas y lo entiendo completamente. He satisfecho mis preguntas y preocupaciones con respecto a las actividades antedichas de la mención hablando con los representantes del Camp Ronald McDonald for Good Times.

➔ Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_